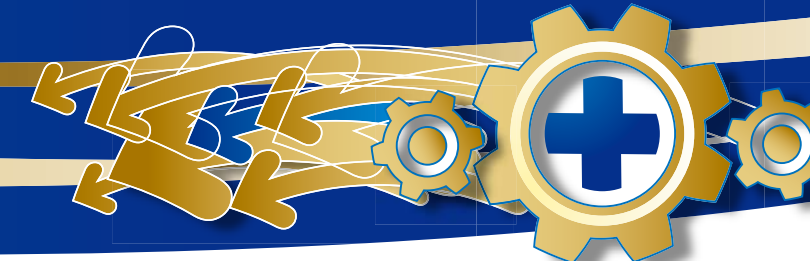




PRIORYTETY 2023 W OCHRONIE ZDROWIA



Magdalena Gajda

Odrodzenie wielkiej interny

Przetłomowe doniesienia kliniczne dotyczące fazy oraz dostęp do refundacji właśnie tej multidyscyplinarnej grupy leków połączyły na nowo internę trzema dużymi jednostkami chorobowymi: cukrzycą typu 2, niewydolnością serca i przewlekłą chorobą nerek. Czy wielka polska interna powróciła na dobre? Czy może jeszcze czegoś potrzebuje, aby odrodzić się w pełni?

Organizm człowieka to system narządów i układów połączonych ze sobą tak ściśle, że jakiegokolwiek zmiany w budowie lub działaniu jednego organu lub układu wpływają na funkcjonowanie innych. Tak jak w triadzie: nerki – trzustka – serce, która nie bez powodu jest często przywoływana przez specjalistów chorób wewnętrznych. Spośród wszystkich chorób populacyjnych do wczesnej umieralności Polaków najczęściej przyczyniają się bowiem trzy schorzenia: przewlekła choroba nerek (PChN), z którą zmaga się obecnie ponad 4,5 mln osób, cukrzyca, na którą choruje 3 mln osób, i niewydolność serca – ok. 1,2 mln osób. I to właśnie one są uważane za jedno z największych wyzwań współczesnej wielkiej interny.

– Trzeba też podkreślić, że większość pacjentów z tej wielomilionowej, wspólnej grupy ma te trzy choroby jednocześnie – przypomniał konsultant krajowy w dziedzinie nefrologii prof. dr hab. n. med. Ryszard Gellert z Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego w Warszawie. – Co drugi pacjent z cukrzycą albo niewydolnością serca ma również przewlekłą chorobę nerek. I co trzeci pacjent z przewlekłą chorobą nerek ma albo cukrzycę, albo niewydolność serca, albo jedno i drugie – dodał.

Lekowe spoiwo

– Cukrzyca to choroba milcząca, drążąca i skrząca życie. Cukrzyca zbiera z wielu chorób, także nienależących do obszaru chorób wewnętrznych. Cukrzyca też rozsiewa. Złe leczone rozsiewa inne choroby, powikłania i tak przyczynia się do skrócenia życia – taką charakterystykę cukrzycy, jednej z najważniejszych chorób cywilizacyjnych, na którą przed pandemią COVID-19 umierało rocznie ok. 40 tys. Polaków, przedstawiła prof. dr hab. n. med. Dorota Zozulińska-Ziółkiewicz z Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu, reprezentująca także Polskie Towarzystwo Diabetologiczne. Ekspertka wyraziła również podziękowania dla Macieja Miłkowskiego, podsekretarza stanu w Ministerstwie Zdrowia, za ostatnie cztery lata ścisłej, owocnej współpracy. Efektem wspólnych działań resortu



W DEBACIE UCZESTNICZYLI:

- prof. dr hab. n. med. Ryszard Gellert – Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego w Warszawie, konsultant krajowy w dziedzinie nefrologii
- dr hab. n. med. Renata Gtównyńska – I Katedra i Klinika Kardiologii Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego
- dr hab. n. med. Marta Kałużna-Oleksy – Uniwersytet Medyczny w Poznaniu, Polskie Stowarzyszenie Osób z Niewydolnością Serca
- prof. dr hab. n. med. Magdalena Krajewska – Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu, Polskie Towarzystwo Nefrologiczne
- prof. dr hab. Rajmund Michalski – Ogólnopolskie Stowarzyszenie Moje Nerki
- Maciej Miłkowski – Ministerstwo Zdrowia
- prof. dr hab. n. med. Przemysław Mitkowski – Uniwersytet Medyczny w Poznaniu, prezes Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego
- prof. dr hab. n. med. Dorota Zozulińska-Ziółkiewicz – Uniwersytet Medyczny w Poznaniu, Polskie Towarzystwo Diabetologiczne

zdrowia i diabetologów – działań rekomendowanych jako godne naśladowania w całym środowisku medycznym – jest poprawa diagnostyki cukrzycy i jej monitorowania oraz zapewnienie pacjentom szerokiego dostępu do refundowanych terapii fazy oraz wdrożenie terapii fazy. Dotyczy to nie tylko osób chorujących na cukrzycę, ponieważ badania udowodniły skuteczność fazy także w niewydolności serca oraz PChN. Fazy redukuje ryzyko zgonu, hospitalizacji i odsuwają w czasie koniecz-

ność dializoterapii lub przeszczepu nerek. Stały się zatem uniwersalnym rozwiązaniem terapeutycznym poprawiającym rokowania pacjentów w głównych chorobach populacyjnych wielkiej interny, co zgodnie podkreślają diabetolodzy wspólnie z nefrologami i kardiologami. – Połączyły nas nie działania behawioralne, nie sam pacjent z chorobami wewnętrznymi, ale leki – narzędzie, dzięki któremu wydłużymy życie pacjentom z wielochorobowością. To fazy sprawiły, że zaczyna-

my konstruować układ kardio-nefro-metaboliczny, który zwiastuje nie powrót wielkiej interny, lecz jej odrodzenie – powiedziała prof. Dorota Zozulińska-Ziółkiewicz. – Ten sukces łatwo było osiągnąć, dlatego że chodziło o jedną grupę leków, ale możliwą do wykorzystania w terapii trzech różnych schorzeń. Chodziło o pacjentów, którzy często mają dwie, trzy choroby jednocześnie. Dzięki fazy przy swojej wielochorobowości nie przyjmują oni kilku tabletek, tylko jedną. Jedną tabletką leczymy zatem dwie

lub trzy choroby, obniżając w ten sposób koszty terapii – skomentował sukces i podziękowania minister Maciej Miłkowski.

Nerkowe korekty

Prognozy na 2040 r. dotyczące PChN zakładają, że stanie się ona piątą główną przyczyną przedwczesnych zgonów Polaków („PChN skraca życie średnio o 30 proc.” – Nefrologia – mp.pl). – Każdego roku ok. 100 tys. osób w Polsce umiera na raka i ok. 100 tys. umiera przedwcześnie z powodu przewlekłej choroby nerek. I nie mówimy tu o wszystkich osobach z chorymi nerkami, ale tylko o tych, które mają trwającą przynajmniej trzy miesiące przewlekłą chorobę nerek. Spośród nich tylko szczęściarze dożywają do dializoterapii lub przeszczepienia. Jeśli wdrożymy te rozwiązania, które – na szczęście – mamy już za drzwiami, to średnia długość życia w Polsce powinna się wydłużyć o 2 lata – powiedział prof. Ryszard Gellert.

Jednym z wspomnianych rozwiązań są poprawki w zapisach refundacyjnych dotyczących fazy, które usprawniają kwalifikacje do refundacji na podstawie diagnostyki PChN. Wśród ponad 4-milionowej populacji pacjentów z PChN zdiagnozowanych jest bowiem zaledwie ok. 5 proc. chorych. Dzięki decyzjom Ministerstwa Zdrowia nefrolodzy dostali narzędzie do zwalniania progresji choroby, która jest niema, przebiega skrycie i w Polsce jest słabo diagnozowana, a wcześniej nie było sposobów jej leczenia. Obecnie są takie możliwości, ale z pewnym ograniczeniem w postaci oznaczenia mikroalbuminurii w refundacji dla pacjentów z PChN. Albuminuria jest niezmiernie istotnym czynnikiem progresji PChN, a także chorobowości sercowo-naczyniowej. Nawet w zakresie wartości prawidłowych wraz ze wzrostem albuminurii rośnie ryzyko chorób sercowo-naczyniowych. I to jest również kryterium rozpoznania PChN. Wobec tego oznaczenie tego parametru jest bezwzględnie konieczne.

Wyzwanie polega na tym, że badanie albuminurii nie było dotychczas rutynowo zlecane przez nefrologów, a jego popularyzacja będzie trwała latami. Ponadto w procesie diagnostyki i inicjacji terapii niezwykle istotny jest lekarz POZ, który w podstawowym koszyku badań nie ma oznaczenia albuminurii. Badanie to pojawia się dopiero w ramach opieki koordynowanej w POZ, która niestety nie jest obligatoryjna i nie ma koordynacji z nefrologiem, więc znów badanie albuminurii będzie się latami upowszechniać w POZ. To nie jest jednak tylko problem Polski. Badanie REVEAL-CKD pokazało, że oznaczenie albuminurii jest zlecane jedynie u 4 proc. pacjentów we Francji, a np. w Niemczech

lub we Włoszech w ogóle nie ma danych na ten temat.

– Do nefrologów często trafiają pacjenci z zaawansowanymi postaciami różnych nefropatii oraz przewlekłej choroby nerek. Tacy chorzy mają białkomocz, który w refundacji nie jest uwzględniony, dlatego trzeba to zmienić – apelowała prof. dr hab. n. med. Magdalena Krajewska z Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu, reprezentująca Polskie Towarzystwo Nefrologiczne. Refundacja fazy w PChN, która weszła w życie 1 lipca 2022 r., jest ograniczona, a przecież stanowi przełom na miarę dwóch dekad, który może znacznie poprawić rokowania pacjentów. Zakwalifikowało się do niej w pół roku zaledwie ok. 2 tys. pacjentów (ok. 5 tys. pacjentów przewidywanych w skali roku), a planowano trzy razy więcej i docelowo ok. 40 tys. pacjentów rocznie. Środowisko nefrologiczne apeluje zatem o zmianę zapisu refundacyjnego z kryterium ilościowego („albuminuria ≥ 200 mg/g”) na jakościowe („albuminuria lub białkomocz”). Dzięki temu badanie byłoby częściej wykorzystywane w POZ. – Dostęp lekarza POZ do tego badania to klucz do sukcesu. Dzięki temu moglibyśmy

zacząć leczyć pacjentów o wiele wcześniej. Jak w przypadku każdej innej terapii – im wcześniej zaczniemy stosować fazy, tym większą mamy szansę na sukces terapeutyczny – argumentowała prof. Magdalena Krajewska.

Wspomnianym rozwiązaniem „tuż za drzwiami” jest też wprowadzenie modelu opieki nad pacjentem z PChN, który został już pozytywnie oceniony przez Agencję Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji (AOTMiT). Dokument ten nie tylko koryguje zapis refundacyjny, lecz także rezerwuje środki finansowe na wyprzedzające przeszczenie nerki.

– Oczywiście najlepszym rozwiązaniem ze wszystkich możliwych jest niedopuszczenie do takiego stanu nerek, aby konieczna była dializoterapia lub transplantacja, i nad tym pracujemy. AOTMiT przygotowała już i przekazała do Ministerstwa Zdrowia bardzo duży materiał – wytyczne organizacyjne, administracyjne i finansowe dotyczące wprowadzenia modelu opieki nad pacjentem z PChN. Wytyczne wskazują, co należy zrobić na poziomie ministra zdrowia, jako rozporządzenie koszykowe, i na poziomie NFZ – jak zmienić świadczenia, produk-

ty rozliczeniowe, aby sprawniej były realizowane bardzo istotne kosztowo kliniczne zakresy, takie jak np. diagnostyka pacjentów do transplantacji w hospitalizacjach 2–3-dniowych, aby chory szybciej uzyskał pewność, że są wskazania do przeszczepienia – zapewnił minister Maciej Miłkowski. Środowisko nefrologów ma nadzieję, że wspomniany dokument wejdzie w życie jeszcze w tym roku.

Nefrolodzy są zgodni co do konieczności położenia większego nacisku na działania proaktywne, czyli czynne poszukiwanie choroby. – To jest jeden ze sposobów, abyśmy utrzymali na stałym (nie rosnącym) poziomie liczbę pacjentów dializowanych. Efektem wczesnego wykrywania jest niedopuszczenie do dializoterapii, która – trzeba to przyznać – jest porażką w leczeniu przewlekłej choroby nerek – przypomniała prof. Magdalena Krajewska.

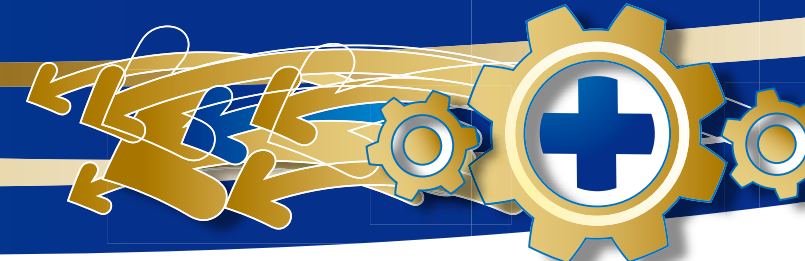
– Choroby nerek zabijają tak jak rak, a 95 proc. pacjentów nie wie, że ma chore nerki. Szukajmy zatem niewydolności nerek, tak jak szukamy nowotworu. I róbmy to wszyscy. Nie tylko nefrolodzy, lecz także lekarze innych specjalności. Badania diagnostyczne są. Należy tylko wprowadzić





PRIORYTETY 2023

W OCHRONIE ZDROWIA



Fot. Patryk Hydzik



Fot. Patryk Hydzik



Fot. Patryk Hydzik



Fot. Patryk Hydzik



Fot. Patryk Hydzik



Fot. Patryk Hydzik



Fot. Patryk Hydzik



Fot. Archiwum Termedia

”

prof. Ryszard Gellert: Choroby nerek zabijają tak jak rak, a 95 proc. pacjentów nie wie, że ma chore nerki. Szukajmy zatem niewydolności nerek, tak jak szukamy nowotworu. I róbmy to wszyscy, nie tylko nefrologi

”

dr hab. Renata Głowczyńska: Pierwszy filar to nowoczesna diagnostyka, a także zwrócenie większej uwagi na wielochorobowość pacjenta. Drugi obszar to innowacyjna, optymalna farmakoterapia, a trzeci – terapie niefarmakologiczne

”

dr hab. Marta Kałużna-Oleksy: Bardzo się cieszymy, że refundacja leków dla chorych z HFrEF jest na europejskim poziomie, ale nie możemy zapominać o drugiej połowie populacji chorych, którzy nie mają takiego dostępu do leków, jak byśmy chcieli

”

prof. Magdalena Krajewska: Efektem wczesnego wykrywania jest niedopuszczenie do dializoterapii, którą – trzeba to przyznać – jest porażką w leczeniu przewlekłej choroby nerek

”

prof. Rajmund Michalski: Wszyscy pacjenci potrzebują nadziei. Nadziei, którą przynoszą m.in. nowe leki i terapie nielekowe oraz działania Ministerstwa Zdrowia zmierzające do ich wprowadzenia

”

Maciej Miłkowski: Nie ma możliwości leczenia pacjentów z przewlekłą chorobą nerek, niewydolnością serca czy cukrzycą bez mocnej współpracy z lekarzami rodzinnymi. Wielka interna to także medycyna rodzinna

”

prof. Przemysław Mitkowski: Czynniki ryzyka wystąpienia niewydolności serca, przewlekłej choroby nerek czy cukrzycy to także czynniki ryzyka udarów. Neurologia powinna być zatem dziedziną, z którą będziemy ściśle współpracować

”

prof. Dorota Zozulińska-Ziółkiewicz: Połączyły nas leki – narzędzie, dzięki któremu wydłużymy życie pacjentom z wielochorobowością. To fazy sprawiły, że zaczynamy konstruować układ kardio-nefro-metaboliczny, który zwiastuje nie powrót wielkiej interny, lecz jej odrodzenie

poprawkę w zapisie refundacyjnym dotyczącym fazy i je spopularyzować, aby poprawić rokowania pacjentów, zredukować śmiertelność i oddalić w czasie konieczność dializoterapii lub przeszczepu. Ścieżka terapeutyczna od lekarza pierwszego kontaktu do nefrologa też jest szczegółowo opisana. Trzeba ją tylko wdrożyć. A do tego potrzebne są decyzje ministra zdrowia – zaapelował do szefa resortu prof. Ryszard Gellert.

Batalia o frakcję

Według raportu „Niewydolność serca w Polsce” choroby układu sercowo-naczyniowego są pierwszą przyczyną zgonów Polaków, z gorszym rokowaniem co do przeżycia niż w większości nowotworów. Nadzieją na to, że spadną z niechlubnej pozycji lidera, stały się również fazy, które są drugą w ostatniej dekadzie prawdziwie przełomową grupą leków w farmakoterapii niewydolności serca. Obecna refundacja objęła jednak tylko część pacjentów z niewydolnością serca – z obniżoną frakcją wyrzutową (heart failure with reduced ejection fraction – HFrEF).

– Frakcja wyrzutowa lewej komory (left ventricle ejection fraction – LVEF) jest niezwykle ważnym parametrem kardiologicznym. Informuje ona o sprawności pracy serca – określa odsetek krwi, jaki jest wyrzucany z lewej komory podczas każdego skurczu serca. Mówiąc o pacjentach z niewydolnością serca, najczęściej myślimy o tych, którzy

mają uszkodzoną funkcję skurczową mięśnia sercowego i obniżoną frakcję wyrzutową (LVEF ≤ 40%) – HFrEF. My wiemy, że pacjentów z niewydolnością serca jest więcej niż szacowana liczba 1,2 mln, bo wielu przeoczono w diagnostyce. Chodzi o dwie grupy: pacjentów z niewydolnością serca z zachowaną frakcją wyrzutową (LVEF ≥ 50%; heart failure with preserved ejection fraction – HFpEF) oraz tzw. szarą strefę – osoby z niewydolnością i łagodnie obniżoną frakcją wyrzutową (LVEF 41–49%; heart failure with mildly reduced ejection fraction – HFmrEF). Przy czym pacjenci z grupy HFpEF mają dodatkowo współistniejące średnio cztery choroby pozasercowe, najczęściej przewlekłą chorobę nerek i cukrzycę, a także towarzyszące choroby kardiologiczne, np. migotanie przedsionków czy chorobę niedokrwienną serca. W związku z tym nie tylko gorsze są ich rokowania, lecz także muszą oni stosować wiele skomplikowanych i kosztownych terapii lekowych. Skuteczność fazy u pacjentów z HFrEF została udowodniona już 2 lata temu. Ich refundacja od 1 maja 2022 r. przyczyniła się do zmniejszenia ryzyka hospitalizacji i śmiertelności w tej grupie chorych. Badania zakończone w ubiegłym roku pokazały, że dwie fazy: dapagliflozyna i empagliflozyna, są równie skuteczne u chorych z HFpEF i HFmrEF, dlatego zabiegamy, aby i ci pacjenci mogli skorzystać z refundacji. Podobnie jak w PChN – ta grupa chorych przez wiele lat nie miała żadnej skutecznej

terapii poprawiającej rokowanie. Bardzo się cieszymy, że refundacja leków dla chorych z HFrEF jest na europejskim poziomie, ale nie możemy zapominać o drugiej połowie populacji chorych, którzy nie mają takiego dostępu do leków, jak byśmy chcieli – wyjaśniła dr hab. n. med. Marta Kałużna-Oleksy z Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu, reprezentująca także organizację pacjentką – Polskie Stowarzyszenie Osób z Niewydolnością Serca. – Rozpoczęliśmy już rozmowy z producentami leków o rozszerzeniu refundacji. Wiadzą, co mają przeanalizować i jakie dane nam dostarczyć – zapewnił w odpowiedzi minister Maciej Miłkowski. Środowisko kardiologiczne apeluje też o inną korektę zapisów refundacyjnych. – Chodzi o mechaniczne wspomaganie serca u pacjentów z niewydolnością serca i znacznie obniżoną frakcją wyrzutową. Obecnie jest ono refundowane jako terapia pozafarmakologicznych innowacyjnych metod w leczeniu zabiegowym wad strukturalnych serca, np. wad zastawki trójdzielnej, które nie jest refundowane, a schorzenie to jest poważnym problemem w grupie pacjentów z niewydolnością serca – wyjaśniła dr hab. n. med. Renata Głowczyńska z I Katedry i Kliniki Kardiologii Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego.

Wprowadzenie wnioskowanych przez kardiologów nowych zapisów refundacyjnych byłoby pozytywną odpowiedzią resortu zdrowia na „Kartę pacjenta z niewydolnością serca i opiekuna” ogłoszoną niedawno przez Global Heart Hub – światowe zrzeszenie organizacji pacjentek działających na rzecz osób z chorobami kardiologicznymi, a także ważnym elementem podpisanego przez premiera Narodowego Programu Chorób Układu Krążenia na lata 2022–2023. – W ramach programu realizowany jest pilotaż Krajowej Sieci Kardiologicznej, która wprowadza rozwiązania mające na celu skrócenie czasu od podejrzenia poprzez ustalenie ostatecznego rozpoznania do rozpoczęcia terapii pacjenta. Truizmem jest stwierdzenie, że im wcześniej rozpoznamy schorzenie i zaczniemy je leczyć, tym lepsze będzie rokowanie pacjenta. Wybrzmiewa to we wszystkich wypowiedziach ekspertów, wszystkich specjalności. Dlatego zależy nam bardzo na efektywnej współpracy z lekarzami POZ. Chcemy odciążyć ich od zajmowania się najbardziej skomplikowanymi i ciężkimi przypadkami niewydolności serca, a jednocześnie powierzyć im tych pacjentów, którzy nie wymagają zaawansowanych działań diagnostycznych i terapeutycznych – skomentował prof. dr hab. n. med. Przemysław Mitkowski z Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu, prezes Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego. – Idealnym celem ostatecznym wszystkich wspólnych działań byłoby odwrócenie nega-

tywnego continuum leczenia niewydolności serca poprzez: wczesną diagnostykę, wczesne wykrywanie, prewencję niekorzystnych zdarzeń sercowo-naczyniowych, prewencję hospitalizacji, które pogarszają rokowanie co do wyleczenia, oraz optymalizację przewlekłego leczenia – powiedziała doc. Renata Głowczyńska. Profesor Przemysław Mitkowski dodał, że transplantacje serca nie zaspokoją potrzeb pacjentów w najbardziej zaawansowanych stadiach niewydolności serca. – Tych chorych jest po prostu za dużo. Progresa choroby powoduje, że wielu z nich, nawet wpisanych na aktywną listę, nie doczeka zabiegu przeszczepienia serca. Nie można się spodziewać istotnego zwiększenia liczby dawców. Musimy poszukiwać innych rozwiązań, np. stosowania urządzeń do wspomaganiania funkcji serca jako terapii docelowej – wyjaśnił.

Czego potrzebujesz, wielka interno?

– Współczesna medycyna to medycyna 4P: personalizacja – indywidualne podejście do pacjenta, predykcja – wskaźniki, które pozwolą nam oszacować prawdopodobieństwo wystąpienia lub stopień zaawansowania choroby, prewencja – zapobieganie chorobom, aby zmniejszyć obciążenie medycyny naprawczej, partycypacja – aktywny udział pacjenta w stosowaniu zaleceń lekarza i leczeniu. To ostatnie dokonuje się dzięki edukacji. I na takich właśnie filarach opiera się także wielka interna

– przypomniała prof. Dorota Zozulińska-Ziółkiewicz. – Statystyki zachorowalności i umieralności wskazują, że odrodzenie wielkiej interny to konieczność – skomentowała prof. Magdalena Krajewska. Za sprawą leków diabetologicznych, kardiologicznych i nefrologicznych, które wyrosły z korzenia chorób wewnętrznych: gastroenterologów, reumatologów, pulmonologów, endokrynologów. Umiejętność spojrzenia internistycznego daje większą szansę, że szybciej odkryjemy załęk danego problemu klinicznego, aby pacjenta efektywniej i szybciej pokierować na ścieżki terapeutyczne i przedłużyć jego życie – zaapelowała prof. Dorota Zozulińska-Ziółkiewicz. Minister Maciej Miłkowski wsparł jej apel, prosząc, aby przy budowaniu tego porozumienia, nie zapominać o lekarzach POZ. – Nie ma możliwości leczenia pacjentów z przewlekłą chorobą nerek, niewydolnością serca czy cukrzycą bez mocnej współpracy z lekarzami rodzinnymi. Wielka interna to także medycyna rodzinna – przypomniał.

A prof. Przemysław Mitkowski zaprosił do tego gremium także... neurologów.

– Czynniki ryzyka wystąpienia niewydolności serca, przewlekłej choroby nerek czy cukrzycy to także czynniki ryzyka udarów. Neurologia powinna być zatem dziedziną, z którą będziemy ściśle współpracować. Wspólną strategią dla tego medycznego bloku porozumienia, opierającą się na trzech obszarach, określiła doc. Renata Głowczyńska: – Pierwszy filar to nowoczesna diagnostyka, czyli wczesna, z wykorzystaniem wszystkich możliwych badań zarówno podstawowych, jak i specjalistycznych (w kardiologii m.in. biomarkerów, nowoczesnych modalności obrazowania serca), a także zwrócenie większej uwagi na wielochorobowość pacjenta. Drugi obszar to innowacyjna, optymalna farmakoterapia, a trzeci – terapie niefarmakologiczne. Ważne jest, aby zarówno pacjenci, jak i lekarze mieli równy, szeroki dostęp do tych obszarów. Bo to się przekłada na pozytywne efekty leczenia. Wszystkie te działania powinny być podejmowane z troską o pacjenta i z jego pełnym zaangażowaniem w cały proces terapeutyczny. – Dlatego tak ważne jest edukowanie społeczeństwa w zakresie problemów zdrowotnych i zwracanie uwagi na profilaktykę. Zarówno tę pierwotną, w tym badania kontrolne, jak i wtórną, gdy choroba się już rozwija – powiedziała dr hab. Marta Kałużna-Oleksy.

– Jestem pacjentem po przeszczepieniu nerki, który 30 lat temu, przy okazji badań okresowych, dowiedział się o niewielkiej ilości białka w moczu. Miałem wtedy 27 lat i wielkie szczęście, bo lekarz pierwszego kontaktu intuicyjnie skierował mnie do nefrologa – zwierzył się prof. dr hab. Rajmund Michalski, prezes Ogólnopolskiego Stowarzyszenia Moje Nerki. – Mieszkam od lat w Zabrzu i w tamtejszej klinice wykonano mi biopsję nerki. Byłem przerażony, gdy badanie wykazało, że na 16 kłębuszków nerkowych aż 8 mam zeszkliwionych. Ta informacja oznaczała, że choruję już bardzo długo. Jakie miałem szanse? Sp. prof. Władysław Grzeszczak, który wykonał badanie, powiedział mi, że jedni żyją z kłębuszkowym zapaleniem nerek 2 lata, a inni 50. Ja 1 lutego jako 60-latek dołączyłem do grona seniorów. Na 50. urodziny „dostałem” nową nerkę. Dziś reprezentuję chorych jako prezes Ogólnopolskiego Stowarzyszenia Moje Nerki. Podkreślano już wielokrotnie, jak ważne jest wsłuchiwanie się w głos pacjentów, jak istotna jest nasza rola w powszechnej edukacji zdrowotnej. Ja dodam jeszcze jedno. Pacjenci są różni, mają różne potrzeby i podejście do swojej choroby. Często patrzą na nią inaczej niż lekarze. Ale wszystkich łączy jedno: nadzieja. Wszyscy pacjenci potrzebują nadziei. Nadziei, którą przynoszą m.in. nowe leki i terapie nielekowe oraz działania Ministerstwa Zdrowia zmierzające do ich wprowadzenia, za co w imieniu pacjentów serdecznie dziękuję – zakończył. ■